FORMULARIO DE INFORMACIÓN SOBRE LAS CONVULSIONES DEL PARTICIPANTE

CITY OF SANTA BARBARA
Parks & Recreation
Enriching People's Lives

Parks & Recreation Department
Adapted Programs
620 Laguna Street
Santa Barbara, CA 93101
(805) 564-5421
www.sbparksandrecreation.com

Participante_____Fecha_____

Neurólogo \ Médico_____TEL_____

La información de inscripción del participante aquí nombrado indica que el participante tiene convulsiones. Agradeceríamos su cooperación en contestar las siguientes preguntas para mejor comprender si existe alguna necesidad médica. Es la responsabilidad del participante o, para menores de edad y adultos dependientes la del padre custodio o tutor legal, revelar toda la información pertinente con respecto a la salud y necesidades especiales del participante.

Antecedentes de Convulsiones	**Fecha**	**Comentarios**
Fecha de la primera convulsión	/ /	
Fecha de la más reciente convulsión	/ /	
Diagnóstico y fecha	/ /	
Duración de las convulsiones		
Frecuencia de las convulsiones		

	Sí	**No**	
¿Ha estado en Estado Epiléptico?	❑	❑	
¿Ha necesitado atención de emergencia por sus convulsiones?	❑	❑	
¿Se le ha hecho un electroencefalograma (*EEG*)? Describa los resultados.	❑	❑	
¿Se le ha hecho un *MRI* (estudio del tubo)? Describa los resultados.	❑	❑	
¿Algo desencadena la convulsión?	❑	❑	
¿Experimenta un aura?	❑	❑	
¿Periodos de mayor actividad convulsiva?	❑	❑	
¿Le gusta nadar?	❑	❑	
Tónico-Clónica Generalizada	❑	❑	
Aura o grito	❑	❑	
Pérdida de conocimiento	❑	❑	
Rigidez	❑	❑	
Extremidades se sacuden	❑	❑	
Respiración irregular	❑	❑	
Pérdida de control de vejiga/intestino	❑	❑	
Otro	❑	❑	
Convulsión Parcial Epiléptica	❑	❑	
Confusión Mental	❑	❑	
Movimientos sin propósito: masticar, caminar, hablar entre dientes, jalarse la ropa, etc.	❑	❑	
Otro	❑	❑	
Status No Convulsivo	❑	❑	
Mirada fija por corto tiempo	❑	❑	
Dejar de prestar atención	❑	❑	
Movimientos como tics	❑	❑	
Mover o dejar caer la cabeza	❑	❑	
Otro	❑	❑	

Nombre del Medicamento	**Dosis**	**Horario**	**Comentarios**

Firma del participante o, para menores de edad y adultos dependientes, la del padre custodio o tutor legal:

✓**Firma** _____ **Nombre Completo (letra de molde)** _____ **Fecha** _____